

## ВЫБОР МЕТОДА АЛЛОПЛАСТИКИ РЕЦИДИВНЫХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ

И. В. Иоффе, А. В. Пепенин, А. В. Алексеев, А. А. Ерицян

ГЗ «Луганский государственный медицинский университет», Кафедра хирургии с основами торакальной, кардиоваскулярной и пластической хирургии (зав. каф. – Заслуженный врач Украины, доктор мед. наук, проф. И. В. Иоффе), г. Луганск, Украина

**Цель исследования** – улучшение результатов лечения больных с послеоперационными рецидивными вентральными грыжами (ПРВГ) путем использования композитных сеток.

**Материал и методы исследования.** Под наблюдением находилось 9 пациентов с рецидивными послеоперационными вентральными грыжами. При пластике брюшной стенки у них использовали внутрибрюшинное расположение протеза (Proceed, Ethicon). Группу сравнения составили 10 пациентов, прооперированных с применением облегченных материалов (Ultrapro, Ethicon). Мужчин было 9, женщин – 10. Средний возраст составил 52 года.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Использование внутрибрюшинного расположения протеза позволило избежать длительной и травматичной диссекции тканей передней брюшной стенки. Технических сложностей, связанных с оперативным доступом и имплантацией протеза, не было. Средняя продолжительность оперативного вмешательства при максимальном размере сети составила 72,5 минуты, что 1,7 раза меньше по сравнению с sublay технологией. Образования сером не было. Послеоперационный период протекал значительно легче за счет отсутствия болевого синдрома.

**Выводы.** Использование внутрибрюшинного расположения сетчатого протеза облегчает имплантацию материала, снижает число осложнений и рецидивов.

**Ключевые слова:** послеоперационная рецидивная вентральная грыжа, осложнения, внутрибрюшинное расположение.

**Вступление.** Проблема грыжевой болезни продолжает оставаться актуальной до настоящего времени [1]. Аллопластика полипропиленовыми сетями прочно завоевала ведущие позиции в герниологии и выполняется в большинстве хирургических стационаров [2],

значительно снижая число рецидивов [3]. Однако, солидный опыт этих операций выявляет ряд проблем, связанных с определением оптимального места расположения сети, особенно при выраженных рубцово-атрофических изменениях передней брюшной стенки [4]. Еще большие трудности возникают при коррекции послеоперационных рецидивных вентральных грыж (ПРВГ) в условиях дефицита тканей брюшной стенки. Анализ доступной литературы свидетельствует об отсутствии единого мнения о выборе пластического материала и определении оптимального места его размещения, особенно у пациентов с ПРВГ.

**Цель исследования.** Улучшение результатов лечения пациентов с послеоперационными рецидивными вентральными грыжами путем использования композитных сетчатых протезов.

**Материал и методы исследования.** Под наблюдением находилось 9 пациентов с рецидивными послеоперационными вентральными грыжами. При пластике брюшной стенки у них использовали внутрибрюшинное расположение протеза (Proceed, Ethicon). Группу сравнения составили 10 пациентов, оперированных с применением облегченных материалов (Ultrapro, Ethicon). Мужчин было 9, женщин – 10. Средний возраст составил 52 года.

Распределение больных первой группы, согласно классификации Chevrel, Rath [5] представлено в таблице № 1.

Распределение больных второй группы, согласно классификации Chevrel, Rath [5] представлено в таблице № 2.

Сопутствующая патология имела место во всех случаях. Наиболее часто встречались ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь и ожирение.

Все пациенты получали предоперационную подготовку, которая заключалась в профилактике компартмент-синдрома, тромбоэм-

Таблица 1

**Распределение больных с рецидивными послеоперационными  
вентральными грыжами в зависимости от локализации, размеров  
грыжевых ворот и числа рецидивов (основная группа)**

Локализация грыжевых ворот	M2	M3	M4
Число больных	2	4	3
Ширина грыжевых ворот	W1	W2	W3
Число больных	–	5	4
Число рецидивов	R1	R2	>R2
Число больных	3	4	2

Таблица 2

**Распределение больных с рецидивными послеоперационными  
вентральными грыжами в зависимости от локализации, размеров  
грыжевых ворот и числа рецидивов (группа контроля)**

Локализация грыжевых ворот	M2	M3	M4
Число больных	2	4	4
Ширина грыжевых ворот	W1	W2	W3
Число больных	1	5	4
Число рецидивов	R1	R2	>R2
Число больных	3	5	2

болических и инфекционных осложнений.

Оперативное лечение осуществлялось под многокомпонентной анестезией с искусственной вентиляцией легких.

В основной группе во время операции после вскрытия и частичного иссечения грыжевого мешка осуществляли висцеролиз. Затем поверх органов брюшной полости укладывали сеть Proceed (Ethicon) соответствующего размера, заводя ее далеко за края грыжевых ворот. После этого сеть фиксировали по периметру отдельными проленовыми швами через все слои на расстоянии 5–6 см от внутренних краев прямых мышц живота. Операция завершали установкой дренажа Редона или Unovac, над которыми ушивали брюшную стенку, соблюдая принцип tension free (используя остатки грыжевого мешка).

В группе контроля сетчатый протез располагали по методу sublay на брюшину или под прямые мышцы живота.

Контроль внутрибрюшного давления осуществляли по методике K<sub>g</sub>ön и соавт. [4]. В послеоперационном периоде проводили антибактериальную терапию зинацефом и профилактику тромбозомболических осложнений фраксипарином. После удаления дренажных систем (4–6 сутки) проводили ежедневный ультразвуковой (SLE 101 PC) мониторинг состояния передней брюшной стенки с целью выявления формирования сером.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Наш опыт использования сетчатых материалов позволил сформулировать основные принципы имплантации сетей при РПВГ. Ранее мы публиковали результаты использования «облегченных» сеток, отдавая предпочтение Ultrapro [6]. Однако использовании Sublay технологии требует строгой необходимости отграничения импланта от органов брюшной полости, длительной и обширной диссекции слоев передней брюшной стенки, что довольно травматично, особенно при РПВГ.

Использование внутрибрюшинного расположения протеза позволило избежать перечисленных недостатков. В основной группе технических сложностей, связанных с оперативным доступом и имплантацией протеза, не было. Средняя продолжительность оперативного вмешательства при максимальном размере сети составила 72,5 минуты, что 1,7 раза меньше по сравнению с sublay технологией. Образования сером не было. Послеоперационный период протекал значительно легче за счет отсутствия болевого синдрома. Рецидивов в срок 5-и лет не было.

Сравнительные результаты лечения в обеих группах представлены в таблице № 3.

В группе сравнения длительность операции в среднем составила 123 минуты. В одном случае имело место образование серомы, во

## Сравнительные результаты лечения

	Основная группа	Группа сравнения
Длительность операции	72,5 минуты	123 минуты
Болевой синдром	Невыражен	Требует анальгетиков
Серомы	Отсутствуют	2
Активизация	В 1-е сутки	2–3 сутки

втором случае – гематомы при субмускулярной локализации протеза. Активизация пациентов начиналась позже на 24–36 часов из-за болевого синдрома.

**Выводы.** Таким образом, мы констатировали следующие преимущества внутрибрюшинной локализации сетчатого протеза у пациентов с РПВГ: атравматичность, «физиологичность» материала за счет формирования необрюшины, значительное сокращение времени оперативного вмешательства, легкое

послеоперационное течение.

Следовательно, при рецидивных и рецидивирующих послеоперационных вентральных грыжах считаем обоснованным использование внутрибрюшинного расположения сетчатого протеза. Также полагаем целесообразным применение этой технологии при грубых рубцовых или дистрофических изменениях передней брюшной стенки и в ситуациях, требующих минимальной продолжительности операции (дыхательная и сердечная недостаточность, ожирение, сахарный диабет).

## ЛИТЕРАТУРА

1. Егиев В. Н., Рудакова М. П., Сватковский М. В. Герниопластика без натяжения тканей в лечении послеоперационных вентральных грыж // Хирургия. – 2000. – №6. – С. 18–22.
2. Жебровский В. В., Мохамед Том Эльбашир. Хирургия грыж живота и эвентрации // Симферополь «Бизнес-Информ». – 2002. – С.440.
3. Пепенін А. В. Особенности фиксации сетчатого трансплантата с предбрюшинным его расположением при пластике послеоперационных вентральных грыж // Материалы международной конференции «Сучасні способи хірургічного лікування грыж живота». – Киев.

– 2006. – С. 112–114

4. Фелештинский Я. П., Пиотрович С. Н., Чиньба О. В. и др. Выбор способа аллопластики при послеоперационных вентральных грыжах // Герниология. – 2004. – № 3. – Р. 51–52.
5. Chevrel J. P., Rath A. M. Classification of incisional hernias of the abdominal wall // Hernia. – 2000. – v.4, N 1. – 1–7.
6. Kron IL, Harman PK, Nolan SP. The measurement of intraabdominal pressure as a criterion for abdominal reexploration // Ann Surg. – 1984. – № 199. – Р. 28–30.

І. В. Іоффе, О. В. Пепенін,  
О. В. Алексєєв, А. А. Єріцян  
**ВИБІР МЕТОДА АЛОПЛАСТИКИ  
РЕЦИДИВНИХ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ  
ВЕНТРАЛЬНИХ ГРИЖ**

м. Луганськ, Україна

**Мета дослідження** – поліпшення результатів лікування хворих з післяопераційними рецидивними вентральними грижами (ПРВГ) шляхом використання композитних сіток.

**Матеріал і методи дослідження.** Під спостереженням знаходилось 9 пацієнтів із рецидивними післяопераційними вентральними грижами. При пластичі черевної стінки у них використовували внутрішньо очеревинне розташування протеза (Proceed, Ethicon).

Групу порівняння склали 10 пацієнтів, оперованих з використанням полегшених ма-

I. V. Ioffe, A. V. Pepenin,  
A. V. Alekseev, A. A. Eritsjan  
**CHOICE OF THE METHOD  
ALLOPLASTY OF RECURRENT  
POSTOPERATIVE VENTRAL HERNIAS**  
Lugansk, Ukraine

**The aime** - improvement of results of treatment of patients with postoperative recurrent ventral hernias (PRVH) by use composite meshes.

**Materials and methods of research.** Under supervision there were 9 patients with recurrent postoperative ventral hernias. At plastic of a abdominal wall at them used intraperitoneal arrangement of mesh (Proceed, Ethicon). The operative access and implantation was not. Average duration of operative intervention at the maximal size of a network has made 72,5 minutes, that 1,7 times are less in comparison with sublay

теріалів (Ultrapro, Ethicon). Чоловіків було 9, жінок – 10. Середній вік склав 52 роки.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Використання внутрішньоочеревинного розташування протеза дозволило уникнути довгої і травматичної дисекції тканин передньої черевної стінки. Технічних проблем, пов'язаних з оперативним доступом і імплантацією протеза, не було. Середня тривалість оперативного втручання при максимальному розмірі сітки склала 72,5 хвилини, що 1,7 рази менше в порівнянні з sublay технологією. Утворення сером не було. Післяопераційний період був значно легшим за рахунок відсутності больового синдрому.

**Висновки:** Використання внутрішньоочеревинного розташування сітчатого протеза полегшує імплантацію матеріалу, знижує кількість ускладнень та рецидивів.

**Ключові слова:** післяопераційна рецидивна вентральна грижа, ускладнення, внутрішньоочеревинне розташування.

group of comparison was made by 10 patients, with application of the facilitated materials (Ultrapro, Ethicon). Men was 9, women 10. Middle age has made 52 years.

**Results of research and their discussion.** Use intraperitoneal mesh has allowed to avoid long and traumatic dissection of abdominal wall. The technical complexities connected to technology. Liquid formations were not. The postoperative period proceeded much more easy due to absence of a painful syndrome.

**Conclusions:** Use intraperitoneal arrangements of a mesh artificial limb facilitates implantation of a material, reduces number complications and recidives.

**Key words:** postoperative recurrent ventral hernia, complications, an intraabdominal arrangement.